

Case report

Séjour insolite d'un corps étranger œsophagien dans un Centre de Santé de Référence de Bamako: à propos d'un cas



A case study of unusual permanency of esophageal foreign body conducted at the Bamako Reference Health center

Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari^{1,&}, Sidy Moctar Diarra¹, Amadou Doumbia¹, Lassine Dienta², Kassim Diarra³, Oumou Maiga³, Mohamed Amadou Keita³

¹Centre de Santé de Référence de la Commune VI, Bamako, Mali, ²Hopital Régional de Mopti, Mopti, Mali, ³Hopital Universitaire Gabriel Toure, Bamako, Mali

[&]Auteur correspondant: Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari, Centre de Santé de Référence de la Commune VI, Bamako, Mali

Received: 28 Nov 2019 - Accepted: 05 Dec 2019 - Published: 13 Feb 2020

Domain: Radiology

Mots clés: Corps étrangers, œsophage, séjour insolite

Résumé

Les corps étrangers de l'œsophage sont assez fréquents chez les enfants, constituent un véritable défi pour les praticiens. Nous rapportons un cas de séjour insolite de corps étrangers (pièce de monnaie) œsophagien chez une patiente de 5 ans révélé par une douleur thoracique rétrosternale chronique depuis un an, rebelle au traitement.

Case report | Volume 2, Article 50, 13 Feb 2020 | 10.11604/pamj-cm.2020.2.50.21128

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/2/50/full>

© Mohamed Saydi Ag Med Elmehdi Elansari et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Esophageal foreign bodies are quite frequent in children and are a real challenge for practitioners. We report the case of a 5-year old patient with unusual permanency of esophageal foreign body (coin) revealed by chronic retrosternal chest pain lasting for one year and resistant to treatment.

Key words: Foreign bodies, esophagus, unusual permanence

Introduction

Les ingestions de corps étrangers (CE) chez les enfants et adolescents sont fréquentes [1]. Les corps étrangers de l'œsophage sont un véritable défi pour les praticiens du fait de leur fréquence (apanage des enfants en âge de préhension), le contexte d'urgence qu'ils peuvent créer et aussi l'absence de professionnels en la matière qui en retarde la prise en charge entraînant souvent de complications avec une prise en charge multidisciplinaire. Le diagnostic repose sur l'examen clinique et la radiographie cervico-thoracique pour les CE radio-opaques. L'endoscopie au tube rigide reste la méthode de choix pour le diagnostic et l'extraction de ces corps étrangers [2]. Nous rapportons un cas de séjour insolite du corps étranger (pièce de monnaie) œsophagien chez une patiente de 5 ans révélé par une douleur thoracique chronique, rebelle au traitement.

Patient et observation

Nous rapportons une observation particulière d'un cas dont la prise en charge a été effectuée dans un Centre de Santé de Référence de Bamako. Il s'agissait d'un enfant âgé de cinq ans, de sexe féminin, sans antécédent de pathologie œsophagienne, qui nous avait été adressé par une clinique pour une douleur thoracique rétrosternale chronique à la déglutition et rebelle aux multiples traitements. La symptomatologie remontait à un an environ pour cette même douleur. Il n'y avait pas de notion de dysphagie, de dyspnée et de toux associée, il n'y avait pas également de notion

d'hypersialorrhée ou de vomissement ni d'hématémèse. L'examen ORL était sans particularité. La radiographie cervico-thoracique réalisée objectivait une grosse opacité circulaire de tonalité métallique compatible au corps étranger au niveau du rétrécissement aortique de l'œsophage (Figure 1, Figure 2). L'extraction du corps étranger a été réalisée sous anesthésie générale avec intubation oro-trachéale sans aucune difficulté avec endoscope au tube rigide et une pince crocodile à mors crantés qui nous ramena une grosse pièce de monnaie de 25 FCFA présentant une forte marque de corrosion verte (Figure 3). Le séjour long du corps étranger dans la lumière de l'œsophage n'avait pas entraîné de perforation. Les suites opératoires étaient sans particularité. L'enfant a été mis sous corticoïdes et antibiothérapies pendant 7 jours. Au contrôle les plaintes du patient ont disparu.

Discussion

Les corps étrangers (CE) sont des urgences assez fréquentes en pédiatrie [1]. A un âge où l'enfant découvre son environnement et son corps, il n'est pas rare qu'il insère divers petits objets dans différents orifices de son corps. L'ingestion de CE est le plus souvent accidentelle et dans ce cas, les populations d'enfants les plus fréquemment touchées (80%) sont les jeunes enfants de 2-6 ans [1-4]. L'âge de notre patiente concorde avec les données de la littérature [1, 2]. L'ingestion de CE œsophagien (CEO) serait plus fréquente chez les garçons et les enfants porteurs d'anomalie neurologique [1,4,5] ce qui n'était pas le cas dans notre observation il s'agissait d'une petite fille de 5 ans sans

anomalie neurologique notable. La fréquence élevée à cette tranche s'expliquerait par la transition entre l'âge de la préhension et du petit bricoleur. Selon Nadège S. *et al.* [4], les corps étrangers œsophagien (CEO) seraient également favorisés par les antécédents de pathologies de l'œsophage tel que: antécédent d'atrésie de l'œsophage, sténose peptique, antécédent de fundo-plicature, etc... Notre patiente n'avait pas d'antécédent de pathologie œsophagienne.

L'ingestion d'un CE est asymptomatique dans 1 cas sur 2, la symptomatologie serait en rapport avec la localisation du CEO: dysphagie voire aphagie, hypersialorrhée, douleurs rétrosternales. Chez notre patiente la symptomatologie clinique se résumait à une douleur thoracique rétrosternale chronique, évoluant depuis un an et rebelle au traitement médical. Cette symptomatologie à beaucoup attirée notre attention et nous pensons que devant toute symptomatologie similaire chez l'enfant un corps étranger doit être suspecté jusqu'à preuve du contraire. Les autres signes du syndrome d'ingestion manquaient dans notre observation. Une radiographie de thorax est recommandée devant toute suspicion d'ingestion de CE [2]; la plupart des CE sont radio-opaques. Elle permet de préciser la nature de certains, leur localisation et ainsi, d'orienter la prise en charge [2,4]. Elle avait montré le corps étranger métallique radio-opaque dans le tiers moyen du médiastin confirmant ainsi la pièce de monnaie ingérée dans l'œsophage. L'opacification de l'œsophage avec un produit de contraste hydrosoluble peut être réalisé pour visualiser un corps étranger œsophagien non radio-transparent [3], quant au scanner, il serait surtout indiqué en cas d'échec des tentatives d'extraction des corps étrangers et permettrait de comprendre le mécanisme de blocage ou les complications et de prendre une décision chirurgicale [3]. Ces deux derniers moyens d'exploration n'ont pas été nécessaires dans notre observation.

Dans notre observation le corps étranger (pièce de monnaie) avait séjourné un an environ dans l'œsophage. Ce séjour

prolongé du CE est évoqué devant une symptomatologie clinique prolongée et surtout l'aspect de la pièce de monnaie après extraction. Ce délai est plus élevé contrairement à ceux rapportés dans la littérature. Ainsi Antoine [5] a rapporté dans une étude menée au Maroc, un délai moyen entre l'ingestion et la consultation de 32 heures avec des extrêmes allant d'une heure à 7 jours [5]. Au Mali le délai moyen de consultation était de 12 heures et l'extraction du corps étranger était de 7h30 [6]. Ce retard diagnostique dans notre observation s'expliquerait par le fait que l'enfant venait d'un village où le plateau technique médical n'était pas à mesure de diagnostiquer la présence du corps étranger mais aussi par la position stagnante du CE qui n'empêchait pas le passage alimentaire. L'extraction a été faite au fibroscope au tube rigide dans notre observation comme en témoigne la littérature, de même que dans une autre structure du pays à 88,89% [7] comme dans la majorité des cas des corps étrangers étaient des pièces de monnaies [4]. Les corps étrangers œsophagien se répartissent ainsi: 60% sphincter supérieur œsophage, 10-20% empreinte aortique, 20% sphincter inférieur œsophage [4]. La localisation du corps étranger était au niveau du rétrécissement de la crosse aortique avec des risques des complications pouvant être liées à la migration du corps du fait de la fragilité de l'œsophage ne possédant pas de couche séreuse à la crosse aortique d'où l'intérêt de l'imagerie avant toute endoscopie, dans notre cas l'absence de la triade Chiari nous rassura des éventuelles complications. L'évolution était favorable dans notre observation après extraction du corps étranger, cependant les complications des corps étrangers de l'œsophage peuvent être grave comme les perforations et les infections graves (médiastinite, pneumopathie) [3]. La survenue des complications dépend de la coopération du patient, de l'expérience du médecin, de la nature du corps étranger, de la localisation, du délai de prise en charge et de la disponibilité du plateau technique.

Conclusion

La durée de séjour des corps étrangers peut varier selon plusieurs critères anatomiques ou physiologiques. La majorité des corps étrangers peuvent descendre sans prise en charge chirurgicale, pour ceux qui ne descendent pas une fibroscopie d'extraction peut être nécessaire. Le meilleur moyen reste la prévention.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: radiographie cervico-thoracique de face objectivant une grosse opacité circulaire de tonalité métallique au niveau du tiers moyen du médiastin (rétrécissement aortique de l'œsophage) compatible au corps étranger

Figure 2: radiographie cervico-thoracique de profil confirmant la présence de l'opacité médiastinale

Figure 3: grosse pièce de monnaie de 25 FCFA présentant une forte marque de corrosion verte après extraction

Références

1. Raoul IF, Christiane S, Köhler H. Ingestions de corps étrangers chez les enfants et adolescents. *Paediatrica*. 2016; 27:4.
2. Doumbia-Singare K, Timbo SK, Keita M, Togola-Konipo F, Guindo-B, Soumaoro-S *et al.* Corps étrangers de l'œsophage chez l'adulte: à propos de 26 cas. *Mali Médical*. 2011; 25(3). **Google Scholar**
3. Togo S, Ouattara MA, Li X, Yang SW, Koumare S. Management for esophageal foreign bodies: about 36 cases. *Pan Afr Med J*. 2017 Jul 20;27:207. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Nadège S, Gwenaëlle G. Urgences vitales pédiatriques en milieu spécialisé: le corps étrangers. SFAR - Le Congrès Journées d'Urgences Vitales. 2018.
5. Antoine L, Clément D, Antoine S, Pierre P, Romain G, Pierre-François W. Prise en charge des corps étrangers du tiers supérieur de l'œsophage sans endoscope: un défi pour le médecin en situation isolée? *Pan Afr Med J*. 2018;30:42. **PubMed**
6. Coulibaly K. Morbidité hospitalière des urgences ORL: analyse de 6 mois d'activité au CHU Gabriel Toure. thèse de médecine Bamako - Mali. 2012. **Google Scholar**
7. Hounkpatin SHR, Adedemy JD, Avakoudjo F, Lawson Afouda S, Agossou J, Noudamadjo A *et al.* Les urgences ORL pédiatriques au Centre Hospitalier Département du Borgou de Parakou. *Benin, Tome*. 2012;17(3).



Figure 1: radiographie cervico-thoracique de face objectivant une grosse opacité circulaire de tonalité métallique au niveau du tiers moyen du médiastin (rétrécissement aortique de l'œsophage) compatible au corps étranger



Figure 2: radiographie cervico-thoracique de profil confirmant la présence de l'opacité médiastinale



Figure 3: grosse pièce de monnaie de 25 FCFA présentant une forte marque de corrosion verte après extraction